

## صفحة الغلاف لطلب الإعانة المالية أو كوبونات الطعام و/أو MEDI-CAL/34-COUNTY MEDICAL SERVICES (CMSP) برنامج إعانات

### خدمات الدفعات المؤقتة لا جتياز حالة طارئة CalWORKs (Diversion)

تساعد خدمات الدفعات المؤقتة لا جتياز حالة طارئة (diversion) المتقدمين بطلب لبعض المساعدة إنما الذين لا يرغبون أو يحتاجون إلى دخول برنامج الإنعاش (welfare). تتيح خدمات الدفعات المؤقتة لا جتياز حالة طارئة (diversion) اختيار الحصول على مبلغ نقدى دفعة واحدة أو خدمات غير مالية عوضاً عن الاشتراك في برنامج الإعانات. يمكنك فقط طلب الدفعات المؤقتة لا جتياز حالة طارئة (diversion) في وقت تقديم طلب الإعانة المالية وقد تكون مؤهلاً للتأمين Medi-Cal، أمانة دعم طفل، وكوبونات طعام إذا حصلت على خدمات الدفعات المؤقتة لا جتياز حالة طارئة (diversion).

بعد مراجعة وقائلك، سوف تعلمك الكاويني إذا كنت مؤهلاً لخدمات الدفعات المؤقتة لا جتياز حالة طارئة (diversion). إذا كنت مؤهلاً لدفعات المؤقتة لا جتياز حالة طارئة (diversion) عوضاً عن إعانة مالية (diversion) سوف ستتم إشعار رفض منحك إعانة مالية • قد يتم تخفيض إعانتك المالية أو مدة حصولك على الإعانة المالية إذا تحوّلت للإعانة في وقت لاحق.

**المتقدمون بطلب الحصول على كوبونات طعام:** كل ما عليك القيام به هو إعطاء اسمك وعنوانك وأن إعلامنا بأنك ترغب في الحصول على كوبونات طعام (الفقرة 8) وأن تقوم بتوقيع الطلب (الفقرة 19). قبل أن تغيرك بأنك مؤهل، عليك أن تزودنا بكافة الواقع التي تطلبها منك في بيان الواقع الخطى الخاص بك و/أو الإجابة على الأسئلة خلال مراجعة الأهلية. يجب أن يتم إعلامك إذا كنت مؤهلاً خلال 30 يوماً من بعد التقديم بطلبك.

### خدمة عاجلة للحصول على كوبونات الطعام

قد يحق لك الحصول على كوبونات طعام خلال ثلاثة أيام. يجب أن تكون أسرتك مؤهلة لبرنامج كوبونات الطعام وأن يكون لديها: • إيجار أو قرض مسكن أو تكاليف مناقب تزيد قيمتها عن مواردك السائلة ودخل هذا الشهر قبل الاقتطاعات (راجع ظهر هذه الصفحة للحصول على تعريف الدخل والموارد السائلة).

• لا أكثر من موارد سائلة قيمتها 100 دولار ودخل أقل من 150 دولار للشهر أو قبل الاقتطاعات.

أو  
• لا أكثر من 100 دولار من الموارد السائلة وعلى الأقل عضواً واحداً في الأسرة يعتبر نازحاً أو عامل مزرعة موسمي.

قبل أن تتمكن من الحصول على كوبونات الطعام خلال ثلاثة أيام، عليك تكميل الفقرات 17-1 في الطلب المرفق. قم بتزويدينا بكافة الحقائق التي تطلبها منك أثناء المقابلة وأعطينا إثباتاً عن هويتك.

### الأهلية الافتراضية (PE) تأمين MEDI-CAL للحوامض

إذا كنت حاملة، قد تحصلين على تأمين Medi-Cal مؤقت من بعض مزودي الخدمات الطبية للعديد من خدمات الرعاية لما قبل الولادة قبل تقديمك بطلب للحصول على خدمات Medi-Cal العادية. أسأل طبيبك أو العيادة إذا كانوا يمنحك الأهلية الافتراضية (PE). إذا تقدمت بطلب للحصول على بطاقة أهلية افتراضية (PE)، سوف تستمرة تغطيتك بموجب Medi-Cal حتى يتم الموافقة أو رفض الإعانة. إذا كنت تحصلين على المنافع بموج الأهلية الافتراضية (PE)، أعلم الكاويني وأشرى بجانب «نعم» في الجزءين من الفقرة 12.

### الحصول على منافع MEDI-CAL/34-COUNTY CMSP في الحالات الطبية الطارئة / الحمل

إذا واجهتك حالة طبية طارئة أو كنت حاملة وترغبين في الحصول على Medi-Cal/34-County CMSP بأسرع وقت ممكن، عليك تكميل الفقرات 1-13 كما عليك تزويدينا بكافة الحقائق التي تطلبها منك خلال مقابلة الأهلية واستيفاء كافة متطلبات الأهلية.

للتقديم بطلب للحصول على إعانات مالية أو كوبونات طعام وأو / MEDI-CAL 34-COUNTY CMSP قسم التوثيق (Item 19). قم بتسليم النموذج إلى مكتب إعانات الإنعاش (welfare). إذا كنت تعاني من إعاقة تحتاج للتقديم بطلب أو الاستمرار في الحصول على إعانة مالية، أو منافع، أو خدمات، رجاء أن تقوم بإعلام الكاويني. قبل أن تحصل على الإعانة المالية، كوبونات الطعام، أو MEDI-CAL/34-COUNTY CMSP مساعدة المشردين، أو الخدمات العاجلة للحصول على كوبونات الطعام، عليك تزويدينا بكافة الحقائق التي تطلبها في بيان الواقع الخطى و/أو الإجابة على الأسئلة خلال مقابلة التأهيل. نستخدم الواقع التي تزودنا بها لتحديد أهليتك ومنافعك.

للحصول على الإعانة المالية وكوبونات الطعام، ستعلمك الكاويني إذا كان عليك تزويدي بصمة إصبعك وصورتك ومتى تقوم بذلك حتى تتمكن من الحصول على المنافع.

للحصول على مساعدة الحاجة الفورية و/أو مساعدة المشردين، عليك أن تحضر شخصياً لكي تكون مؤهلاً للإعانة المالية. قم بتكميل النموذج المرفق وزودنا بالواقع التي تطلبها. قد يتربّط عليك تلبية بعض القواعد مثل تزويدينا برقم، أرقام الضمان الاجتماعي، محاولة الحصول على دخل متوفّر لك، وموافقتك على التعاون مع وكالة دعم الأطفال المحلية بالنسبة لدعم طفل، زوجة أو الدعم الطبي.

للحصول على كوبونات الطعام، يمكن تكميل النموذج وتوقيعه تحت عقوبة الشهادة بالزور من قبل أحد أفراد الأسرة البالغين أو من قبل ممثل مفوض. إذا لم تكن عضو باللغ في الأسرة، عليك تزويدي مذكرة خطية موقعه من قبل رأس الأسرة أو عضو آخر في الأسرة تفيد بأنك تستطيع التقديم بطلب نهاية عن الأسرة واستلام كوبونات الطعام و/أو استعمال كوبونات الطعام لشراء الطعام للأسرة.

كوبونات الطعام - تاريخ التأهيل.

إذا كنت مؤهلاً للحصول على كوبونات الطعام، سوف نحتسب منافعك من تاريخ تقديمك بالطلب. يمكنك التقديم بطلب الحصول على كوبونات الطعام من تاريخ أول يوم اتصلت فيه بمكتب إعانات الإنعاش (welfare).

### الإعانة المالية للحاجة الفورية

إذا كنت تواجه حالة طارئة، قد تستطيع الحصول على مبلغ قد يصل إلى 200 دولار خلال مراجعتنا لطلبك. عليك أن تخبرنا عن الوضع الطارئ الذي تواجهه كما عليك أن تبين لنا بأنك لا تحصل على أي دخل أو مبلغ مالي للدفع لهذه الحاجة الطارئة.

- عدم توفر المسكن أو الطعام
- حصولك على إشعار بإخلاء مكان الإقامة
- عدم توفر المنافع العامة أو استلامك لإشعار بقطعها
- عدم توفر الشياب الضرورية
- عدم توفر إمكانيات التنقل الضرورية
- غيرها من الحالات الطارئة الضرورية للمحافظة على الصحة والسلامة

في حالة رفض تلبية حاجتك الفورية، يمكنك طلبها ثانية خلال مدة مراجعة طلبك. أعلم الكاويني في حالة تغيير شيء ما في وضعك.

### الإعانة المالية للمشردين

إذا كنت مشرداً (بدون مكان إقامة) أو كنت قد استلمت إشعاراً بدفع الآجر أو الإخلاء وتريد التقديم بطلب إعانة المشردين، أعلم الكاويني عن ذلك. توفر إعانة المشردين مرة خلال الحياة، مع استثناءات.

البيانات الحقيقة والصحيحة والكاملة. في حالة تقديم الوقائع الكاذبة أو عدم الإدلة بكافية للحقيقة أو الأوضاع التي تؤثر على أهليتك ومستويات إعانتك المالية عن قصد، قد يتم اتهامك بالاحتيال.

- إذا ثبّتت عليك تهمة الاحتيال، قد يتم تغريمك حتى 10000 دولار للاعنة المالية وحتى 250000 دولار لكوبونات الطعام وأو سجنك لمدة قد تصل لـ 3 سنوات للاعنة المالية و 20 سنة لكوبونات الطعام. كما يمكن إيقاف منافع الإعابة المالية وكوبونات الطعام لمدة 6 أشهر، 12 شهر، سنتين (2)، 4 سنوات، 5 سنوات، 10 سنوات، 20 سنة أو للأبد، وإيقاف إعانتك للأجهزة المالية ثلاثة (3) أشهر و 6 أشهر.

**قواعد رقم الضمان الاجتماعي (SSN):** سيستخدم رقمك للضمان الاجتماعي (SSN) في قاعدة بيانات كمبيوترية للتحقق من دخلك ومواربك مع سجلات الضرائب والإنشاء وإدارة الضمان الاجتماعي وغيرها من الوكالات للتأكد من أنك قد أبلغت عن دخلك ومواربك. قد يتم التتحقق من الاختلافات معك ومع أصحاب العمل والمصارف وغيرها. كما تقويم بمطابقة رقم ضمانك الاجتماعي (SSN) للتأكد من عدم حصولك على إعانتك في أكثر من قضية واحدة أو في محافظات أو ولايات أخرى، وللتتحقق من عدم حصولك على إعابة مالية أو كوبونات طعام ، وللتتحقق مع وكالات الأمن إن كانت قد صدرت ضدك مذكرة بالقبض.

**المساعدات المالية وكوبونات الطعام:** عليك تزويدنا برقم الضمان الاجتماعي (SSN) لكل شخص يتقدم بطلب أو يحصل على إعابة مالية / أو كوبونات طعام. إذا رفضت تزويدنا بما يبرهن الضمان الاجتماعي (SSN) أو إثبات التقدم بالحصول على رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لن تتمكن من الحصول على الإعابة المالية أو كوبونات الطعام. للحصول على الإعابة المالية، عليك أن تزويدنا برقم الضمان الاجتماعي (SSN) بإثبات التقدم بطلب الحصول على رقم الضمان الاجتماعي (SSN) خلال 30 يوماً من طلب الإعابة المالية وتزويد الكاويني برقم الضمان الاجتماعي (SSN) عندما تحصل عليه.

**Medi-Cal/34-County CMSP:** يطلب من كل متقدم بطلب الحصول على برنامج Medi-Cal/34-County CMSP ولديه رقم ضمان اجتماعي (SSN) تزويد الكاويني به. أي حامل للجنسية الأمريكية، أو مواطن أمريكي، أو أمريكي مستفيد من عفو عام ومقيم بموجب تأشيرة L-688-1 سارية حالياً، أو لا يحمل الجنسية الأمريكية ومقيم بشكل دائم في الولايات المتحدة تحت سيماء القانون (PRUCOL) يرفض إعطاء رقم ضمانه الاجتماعي (SSN) أو إثبات بالتقدير بطلب الحصول على رقم ضمان اجتماعي (SSN) لن يستطيع الحصول على رقم ضمان اجتماعي Medi-Cal/34-County CMSP وإذا لم يكن أحبني مقيم بموجب تأشيرة L-688-1 سارية أو LPR أو PRUCOL مازال بإمكانه الحصول على إعابة Medi-Cal/34-County CMSP مقيمة إذا استوفى هو أو هي كافة قواعد التأهيل، بما فيه الإقامة في ولاية كاليفورنيا.

#### لأنواع الشكاوى الأخرى اتصل بالكاويني أولاً.

إذا لم تتوصل إلى اتفاق مع الكاويني، أكتب إلى العنوان التالي:

Public Inquiry and Response (PIAR)  
744 Street, M.S. 6-23  
Sacramento, CA 95814  
رقم الهاتف 1-(800) 952-5253  
أو لضعيفي السمع أو اللفظ برقم الهاتف التنصي 952-8349 TDD 1 - (800) 1 -

**الشكاوى**  
إذا اعتدت بأنك ضحية تمييز، اتصل بممثل الحقوق المدنية التابع لكاويني أو اكتب إلى:

State Civil Rights Bureau  
P.O. Box 94243  
Sacramento, CA 94244-2430  
أو اتصل بالرقم (916) 654-2107  
أو لضعيفي السمع أو اللفظ برقم الهاتف التنصي 952-2098 TDD 1 - (916) 654-

عليك طلب عقد جلسة السمع خلال تسعين (90) يوماً من إجراء الكاويني وأن توضح سبب طلبك لعقد الجلسة. يمكنك طلب عقد جلسة سمع من قبل الولاية عن طريق الكتابة إلى مكتب الإنشاء (welfare) في الكاويني التي تقيم فيها أو عن طريق الاتصال بأحد الأرقام المدرجة لـ PIAR أعلاه، إذا كنت:

- لا تتوافق على إجراء اتخاذ من قبل الكاويني، أو
- تطلب عقد جلسة سمع بخصوص إعابة مالية أو كوبونات طعام أو Medi-Cal.

لاستئناف كافة القضايا المتعلقة بالتأهيل لبرنامج 34-County CMSP، يمكنك فقط الكتابة لكاويني التي تعيش فيها.

ما ذا نعني عندما نقول:

- **CalWORKs:** فرص العمل والمسؤولية تجاه الأطفال في ولاية كاليفورنيا
- **الإعابة المالية:** الإعانت المحصلة عن طريق CalWORKs وأو برامج الإعابة المالية (RCA)
- **خدمات الدفعات المؤقتة لاحتياز حالة طارئة (Diversion):** مبلغ نقدي دفعه واحدة أو خدمات غير مالية عوضاً عن الاشتراك في برنامج الإنعاش.
- **كوبونات طعام:** منافع للأسر ذات الدخل المحدود لمساعدتها في شراء الطعام.
- **خدمة عاجلة للحصول على كوبونات الطعام:** الحصول على كوبونات الطعام خلال 3 أيام.
- **Medi-Cal:** نافع لازمة طيباً للأشخاص البالغين المؤهلين.
- **الأهلية الافتراضية (PE) للحصول على Medi-Cal:** تأمين Medi-Cal مؤقت من بعض الأطباء أو العيادات للعديد من خدمات الرعاية لما قبل الولادة.
- **34-County CMSP:** منافع لازمة طيباً للأشخاص البالغين المؤهلين إنما غير المشمولين في برنامج Medi-Cal والساكنين في بعض المناطق الريفية.
- **خدمات Medi-Cal مقيدة:** الرعاية الطبية للحالات الطارئة والحمل فقط.
- **34-County CMSP مقييد:** للحالات الطارئة فقط.
- **ممثل مفوض:** شخص يختاره صاحب الطلب أو الشخص الحاصل على كوبونات طعام وأو يمثله في برنامج Medi-Cal ليقوم عنه ببعض المهام.
- **رأس الأسرة:** عضو من أفراد الأسرة مسؤول عن كوبونات الطعام.
- **الدخل:** المبالغ المحصلة أو المتوقعة مثل: - أجور، دفعات إعاش، دفعات مساندة لطفل أو زوجة، دخل ضمان اجتماعي تكميلي / برنامج تحمل تكميلي من قبل الولاية (SSI/SSP)، أو برنامج إعابة مالية للمهاجرين (CAPI).
- **دفعات بطالة (UIB):** أو إعافة من الولاية (SDI) أو منافع محاربين قدماء (VA) أو غيرها من دفعات الإعالة.
- **دفعات من صندوق النقابة بسبب الإضراب، أو من أشخاص مستأجرین غرفة في المنزل أو منح دراسية أو قروض.**
- **هدايا تقديرية، أرباح تقديرية، أو أي دفعه تقديرية أخرى.**
- **موارد سائلة:** المبالغ المحصلة غير الدخل، مثل: - النقد في المتداول، الشيكات غير المتصورة، المبالغ الموجودة في حسابات جارية أو حسابات الأدخار أو شهادات الأدخار، الخ.
- **سندات ائتمان، سندات مستحقة القبض، أو سندات دين، الخ.**
- **منافع عامة:** منافع عامة، غاز، كهرباء، تدفئة، وقود، هاتف (الرسم الأساسي)، تركيب منافع، جمع النفايات، ماء، مجاري مياه، الخ.
- **أنت، أي شخص، كافة الأشخاص:** أي وكافة الأشخاص الذين يسكنون في منزلك.

#### أشياء أخرى يجب أن تعرفها:

- يمكنك التقدم بطلب الحصول على كوبونات الطعام و Medi-Cal في ذات الوقت والحضور لمقابلة واحدة للحصول على كليهما.
- لك الحق في تكميله هذا النموذج بنفسك أو، إذا طلبت، أن يقوم شخص بمساعدتك.
- **الدفعات الزائدة / الإصدارات الزائدة:** تعني أنك حصلت على مبالغ تقديرية أو منافع زيادة عن استحقاقك. عليك رددها حتى إذا كان ذلك نتيجة لخطأ الكاويني. سيتم تخفيض كوبونات الطعام أو إيقافها.
- قد يتم تغيير حصتك في تكتفة Medi-Cal/34-County CMSP.
- **الاحتياط والخلفان كذباً:** الجندي كذباً والاحتياط هما جرائم. يتطلب القانون أن تقوم بالتوقيع على إفاده عقوبة الجندي كذباً (شهادة الزور) على معظم النماذج حتى يتسلى لك الحصول أو الاستمرار في الحصول على الإعابة المالية وكوبونات الطعام و Medi-Cal/34-County CMSP على الجندي كذباً يعني بأنك كذبت عندما شهدت تحت الجندي بأنك أعطيت

**MEDI-CAL/34-COUNTY CMSP**

قبل تكملة الطلب، اقرأ صفحة الغلاف. إذا احتجت لمجال أوسع للإجابة على الأسئلة، رجاء الكتابة على ظهر هذه الصفحة.

2. رقم الضمان الاجتماعي (SSN)	اسم صاحب الطلب (الأول، الأحرف الأولى من الاسم الوسط، العائلة)					<b>لاستعمال الكاوانتي فقط</b>		
2A. تاريخ الولادة (شهر- يوم - سنة)	الاسم قبل الزواج أو أسماء أخرى (إن وجدت)					CASE NAME		
5. العنوان البريدي (إذا اختلف عن عنوان المنزل)	الشارع	عنوان المنزل: الرقم	4.	CASE NUMBER				
الرمز البريدي	المدينة	الرمز البريدي	الولاية	المدينة	DATE RECEIVED			
الرسالة	مكان العمل	( )	( )	( )	TYPE OF APPLICATION:			
( )	( )	( )	( )	( )	CA: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> RCA	FS: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Recert <input type="checkbox"/> Rest	MC: <input type="checkbox"/> CMSPI: <input type="checkbox"/>	
هل عنوان منزلك دائم؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل يتقدم أي فرد بطلب لأجل:	إعانة المالية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إعانة المالية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل طلب أي شخص أو حصل على إعانة أو منافع، بما فيه Medi-Cal/34-County CMSP	Homeless:		
هل طلب أي شخص أو حصل على إعانة أو منافع، بما فيه Medi-Cal/34-County CMSP أو إعانة دفعة مؤقتة لجتاز حالة طارئة (Diversion) (مالية أو خدمات غير تقديرية؟ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء التوضيح:	أي برنامج/برامج أخرى <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كان الجواب «نعم» رجاء التوضيح:					FS: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	CA: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CW 42	
نوع الإعانة/المنفعة						<input type="checkbox"/> Pickle Screening		
أين تم الحصول عليها؟ (في أي كاوانتي/ولاية/بلد)						الاسم/الأسماء التي استعملت		
A. العرق (على الجميع الإجابة على B أيضاً) هل أنت آسياني أو لاتيني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا						Ethnic Group:		
B. المجموعة العرقية - أشر في كافة المربعات التي تتطابق عليك، إذا لم تقم تحملها عنك، لن يؤثر هذا على أهليتك.						Race:		
<input type="checkbox"/> هنود أميركا أو إسكيمو الأصليين <input type="checkbox"/> أسود أو إفريقي أمريكي <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> آسيوي (في حالة التأشير، رجاء اختيار واحد أو أكثر من التالي)						Primary Language:		
<input type="checkbox"/> فلبيني <input type="checkbox"/> صيني <input type="checkbox"/> ياباني <input type="checkbox"/> كوري <input type="checkbox"/> فيتنامي <input type="checkbox"/> هندي آسيوي <input type="checkbox"/> كمبودي <input type="checkbox"/> لاوي <input type="checkbox"/> آسيوي آخر (حدد) <input type="checkbox"/> هواي أصلي أو غيرهم من سكان الجزء البابايسكي (في حالة التأشير، رجاء اختيار واحد أو أكثر من التالي) <input type="checkbox"/> غواامي <input type="checkbox"/> ساموا								
<input type="checkbox"/> إنجليزي <input type="checkbox"/> آسياني <input type="checkbox"/> فلبينية <input type="checkbox"/> لاوية <input type="checkbox"/> روسية <input type="checkbox"/> فيتنامية <input type="checkbox"/> الأمريكية <input type="checkbox"/> صينية (كانتونية) <input type="checkbox"/> غير ذلك (حدد)						C. اللغة الرئيسية:		
هل أي شخص نازح أو عامل مزدمعة موسمية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا						CA I.N.		
هل أي امرأة حامل؟ <input type="checkbox"/> نعم لا إذا كان الجواب «نعم» هل حصلت على بطاقة تأهيل افتراضي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا						<input type="checkbox"/> Denied/NOA prep <input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Expedited Grant <input type="checkbox"/> Applicant requested CWD to complete SAWS 1		
هل يوجد أي فرد حالة طارئة؟ إذا كان الجواب «نعم»، أشر على (✓) النوع: <input type="checkbox"/> حمل <input type="checkbox"/> معاملة سيئة لطفل <input type="checkbox"/> إساءة عائلية <input type="checkbox"/> حالات طارئة أخرى تهدد الصحة أو السلامة. اشرح:						(Initials)		
إذا احتجت إلى: الإعانة المالية للجاجة الفورية ..... . أجب على الفقرات 14-17. خدمة عاجلة للحصول على كوبونات الطعام ..... . أجب على الفقرات 14-17.								
17. ما هي تكلفة منافقك العامة غير المشمولة في أجار هذا الشهر؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا دولار						FS E.S.		
<input type="checkbox"/> شيكات غير مقبوطة أو شيكات سياحية <input type="checkbox"/> حسابات مصرافية جارية/ادخار <input type="checkbox"/> أو حساب اتحاد نقابي <input type="checkbox"/> سندات ائتمان، سندات مستحقة <input type="checkbox"/> القرض، أسمهم أو سندات دين، الخ. <input type="checkbox"/> غير ذلك (أوضح):						<input type="checkbox"/> E.S. questions not completed <input type="checkbox"/> Screened for E.S. Date _____ (Initials)		
<input type="checkbox"/> هل استلمت إشعار يخلاء مكان الإقامة أو إشعار يهدد بالدفع أو ترك المكان؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> هل تم قطع منافقك العامة أو هل استلمت إشعار بالقطع؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> هل سينفذ لديك الطعام خلال ثلاثة أيام أو أقل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> هل تحتاج إلى الشياب الضروري مثل حفاضات الأطفال أو الشياب اللازمة للطقس البارد؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> هل تحتاج إلى مساعدة في تأمين المواصلات للحصول على الطعام ، الرعاية الصحية، أو غيرها من المواد الطارئة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا						FS Referral for:		
<input type="checkbox"/> أناشد يأتي قد سلمت نسخة عن صفحة الغلاف. أفهم وأوافق بأنه يتربط علي الالتزام بقواعد التأهيل والتي قد يطلب مني القيام بها قبل منح أي إعادة. كما أفهم بأنه قد يتم التتحقق من الإفادات التي أدليت بها في هذا النموذج لفرض إثباتها. <input type="checkbox"/> أناشد يأتي قد تقدمت بطلب الحصول على كوبونات الطعام وبأن الكاوانتي قد أطلعوني على حقوقني بالحصول على الخدمة المعجلة. <input type="checkbox"/> أعلن مع الخصوص لعقوبة الشهادة بالزور بموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية وولاية كاليفورنيا بأن المعلومات الواردة في بيان الواقع هذا هي حقيقة وصحيحة وكاملة.						<input type="checkbox"/> E.S. Processing <input type="checkbox"/> Regular Processing <input type="checkbox"/> CWD records cleared <input type="checkbox"/> MEDS CDB cleared <input type="checkbox"/> IEVS initiated <input type="checkbox"/> Copy of SAWS 1 and coversheet given to applicant		
19. توقيع (أعلاه) صاحب الطلب أو الممثل المفوض						TRANSITIONING CASE NUMBER		
20. توقيع شاهد التوقيع أو العلامة أو المترجم:						COUNTY OF RESIDENCE (IF DIFFERENT)		
21. تاريخ التوقيع						COUNTY OF APPLICATION		
22. تاريخ التوقيع								